DISSERTATION

N° 160.

SUR LE TRAITEMENT

DES ANUS CONTRE NATURE ;

Présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 5 juillet 1819, *pour obtenir le grade de Docteur en médecine ;*

PAR AUGUSTE LIOTARD, de Vidauban,

Département du Var.

Imperfecta ad finem deducere, id mihi videtur illius esse munus, qui intelligens existimari expetit.

HIPP., de Arte.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n.° 13.

1819.

FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. LEROUX, Doyen.
M. BOURDIER.
M. BOYER, *Président.*
M. CHAUSSIER.
M. CORVISART.
M. DEYEUX.
M. DUBOIS.
M. HALLÉ.
M. LALLEMENT.
M. PELLETAN.
M. PERCY.
M. PINEL.
M. RICHARD, *Examinateur.*
M. THILLAYE
M. DES GENETTES.
M. DUMÉRIL.
M. DE JUSSIEU.
M. RICHERAND, *Examinateur.*
M. VAUQUELIN.
M. DESORMEAUX.
M. DUPUYTREN, *Examinateur.*
M. MOREAU.
M. ROYER-COLLARD.
M. BÉCLARD.
M. MARJOLIN, *Examinateur.*
M. ORFILA, *Examinateur.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE.

Je n'ai fait que céder à l'impulsion de mon cœur en vous dédiant cette dissertation. Je vous prie de l'agréer comme un témoignage de mon amour, et de ma reconnaissance pour tous les bienfaits que vous n'avez cessé de répandre sur moi. Mes expressions seraient trop faibles pour vous exprimer la vivacité de mes sentimens; votre cœur paternel parlera mieux que ma plume en faveur de votre fils.

A MA MÈRE.

Je sens mieux que jamais le prix de toutes vos bontés pour moi. Je choisis avec plaisir cette occasion pour vous donner une preuve de ma vive reconnaissance et de mon amour sans bornes.

A MON ONCLE Jn. FRANÇOIS,

Ancien Chirurgien-Major de la marine.

Les peines que vous avez prises pour guider mes premiers pas dans la carrière médicale, et les bontés que vous m'avez toujours témoignées, ne s'effaceront jamais de mon cœur.

A MES FRÈRES ET A MES SŒURS.

A. LIOTARD.

DISSERTATION

SUR LE TRAITEMENT

DES ANUS CONTRE NATURE.

Considérations générales.

Parmi les nombreuses maladies qui affligent l'espèce humaine, quelques-unes sont suivies d'un danger pressant, et réclament les plus prompts secours ; d'autres, plus lentes dans leur cours, mais d'un effet non moins dangereux, entraînent sûrement leur victime au tombeau, si l'art ne vient s'opposer à leur marche. Au nombre de ces dernières se trouve l'anus contre nature. C'est une des infirmités dont le traitement est le moins avancé. Cependant cette affection trouble une des fonctions les plus importantes, la digestion, et par suite la nutrition, qui sert à former et entretenir les diverses parties de notre corps. Ce travail réparateur est indispensable à l'exercice de la vie ; et s'il ne peut avoir lieu, l'harmonie qui existe entre nos fonctions se dérange, cesse enfin, et amène une mort inévitable. Les suites dangereuses de cette maladie méritent donc l'attention la plus sérieuse de la part du médecin. L'obscurité dont cette maladie s'environne, et le silence que les auteurs ont gardé sur son traitement, m'engagent à la choisir de préférence pour

sujet de cette dissertation ; et comme la dénomination d'*anus contre nature* réunit plusieurs affections différentes, nous préciserons d'abord le sens que nous devons lui donner. Je tâcherai ensuite d'exposer un mode de traitement applicable aux divers cas où cette maladie ne peut se guérir sans les secours de l'art.

On donne le nom d'*anus contre nature* à une ouverture accidentelle qui permet l'issue des matières alimentaires à travers les parois de l'intestin et de l'abdomen ; mais cette définition n'est point également applicable à chacune de ces ouvertures ; elles offrent entre elles de grandes différences, qui nous serviront à fonder leur distinction en *anus artificiel*, en *anus contre nature* ou *accidentel*, et en *fistule stercoraire*, ainsi que les soins que ces affections réclament chacune en particulier.

Histoire de la maladie.

Il est assez étonnant que cette maladie ait été jusqu'à nos jours abandonnée aux seuls efforts de la nature. Cela vient, sans doute, de ce qu'on regardait les malades comme dans un état désespéré ; et nous connaîtrons dans ces cas la conduite des anciens, par ce précepte de *Celse* (lib. 5, chap. 26.) : *Est enim prudentis hominis, primum eum, qui servari non potest, non attingere ;* et quoique *Hippocrate* nous apprenne dans l'aphorisme 24, sect. 6, que, si quelqu'un des instestins grêles a été entièrement coupé, il ne se réunit point, comme il en donne une preuve dans l'histoire du fils de Dinias à Abdère, liv. 7 des Épidémies, le fruit de cette observation semble avoir été détruit par l'aphorisme 18, sect. 6, dans lequel il dit que la perforation de quelqu'un des intestins grêles est mortelle. Cette opinion avait prévalu, puisque *Celse*, qu'on peut regarder comme l'historien de la médecine, depuis *Hippocrate* jusqu'à lui, s'exprime ainsi (liv. 7, chap. 16) : *Si tenuius intestinum perforatum sit, nihil profici posse jam retuli ;* et avant

(lib. 5, cap. 26.) : *Servari non potest cui aut jejunum aut tenuius intestinum vulnerata sunt.*

Galien n'a rien dit sur cette maladie. Les Arabes ne s'en sont pas occupés. Cependant elle se présenta à *Fabrice de Hilden*, qui fit examiner le malade à plusieurs de ses amis, et décrivit cette affection comme une chose inconnue.

On devait encore moins attendre de cette époque où la médecine fut séparée de la chirurgie, qu'on avilissait en la confiant aux gens les plus grossiers de ce siècle barbare. Les barbiers semblaient en avoir pris possession ; cette indigne association devait nécessairement faire rétrograder la science. Ces soi-disant chirurgiens, courbés sous le joug des préjugés, considérant avec étonnement la hauteur d'une science qu'ils ne pouvaient atteindre, cherchaient à la démembrer, afin de l'abaisser à leur niveau, puisqu'ils ne pouvaient s'élever jusqu'à elle. Dès-lors il ne fut plus permis de s'écarter des préceptes des anciens maîtres de l'art, et ce respect servit de voile à l'ignorance. Mais les anciens n'avaient pas la vanité de croire qu'ils avaient tout fait ; et leurs efforts non interrompus pour reculer les bornes de l'art ne nous imposent-ils point l'obligation de les suivre dans cette glorieuse carrière ? Eh ! n'est ce pas nous rendre indignes d'eux que de nous traîner servilement sur leurs traces ! L'établissement de l'académie de chirurgie aurait bientôt relevé cette branche de l'art, si le préjugé qui la séparait de la médecine n'y eût apporté un trop grand obstacle.

On sentit plus vivement que jamais la nécessité que les chirurgiens acquissent des connaissances profondes en médecine ; et l'expérience, en effet, n'a pas tardé à rétablir cette dernière science à son unité première : alors, formant un corps parfait, toutes les maladies, sans restriction, sont de son ressort.

Parmi les mémoires de l'académie de chirurgie, on voit plusieurs observations de cette maladie où la nature a fait tous les frais de la guérison plus ou moins favorable qu'ont obtenue les malades. Dans presque tous ces cas l'intestin grêle paraît avoir été le siége

de la maladie. La fâcheuse préférence qu'il affecte pour les hernies nous en donne une raison suffisante.

Mais *Desault*, le premier, obtint une guérison par les moyens qu'il mit en usage : il la dut au hasard, à la vérité; mais de combien d'autres découvertes ne lui sommes-nous pas redevables ! l'essentiel est de savoir en profiter lorsque les découvertes se présentent. C'est ce que fit cet habile chirurgien, qui réduisit en précepte le moyen qui lui avait réussi.

Distinction en Anus contre nature, fistule stercoraire, et Anus artificiel.

Les anus contre nature diffèrent entre eux selon que la lésion n'attaque qu'un point peu étendu de la circonférence de l'intestin, ou qu'elle attaque son diamètre en entier, ou presqu'en entier. La conduite à tenir dans ces deux cas est aussi bien différente. Dans le premier, qui peut être l'effet d'une plaie, selon la longueur de l'intestin, ou de l'étranglement d'une hernie dans laquelle l'intestin n'aurait été que pincé, ou même d'un abcès peu étendu des parois de l'intestin, dont l'adhérence préliminaire aux parois de l'abdomen aurait permis l'ouverture au dehors, les matières alimentaires pourront passer en partie par la plaie, tandis que l'autre partie continuera à parcourir la longueur des voies digestives. C'est ce partage des matières de la digestion, et la possibilité que toutes puissent parcourir, sans occasionner d'accident, le trajet du canal alimentaire, qui nous guidera pour donner à cette maladie le nom de *fistule stercoraire;* tandis que, si toute, ou presque toute la circonférence de l'intestin a été lésée, soit par une plaie qui divise l'intestin en travers, et oblige, pour prévenir l'épanchement dans la cavité péritonéale, à retenir dans la plaie les deux orifices de l'intestin blessé, soit par la gangrène d'une anse plus ou moins considérable de l'intestin, les matières n'auront plus la faculté de passer du bout supérieur dans l'inférieur; elles sortiront nécessairement par

cette ouverture accidentelle, à laquelle nous donnerons le nom d'*anus contre nature.*

Les deux bouts de l'intestin sont placés parallèlement à côté l'un de l'autre, et contractent des adhérences par une portion de leur circonférence avec la plaie des parois abdominales et par l'autre portion entre eux, de telle manière que les deux orifices de l'intestin divisé se présentent dans la plaie séparés par une double cloison résultant de la juxta-position des deux bouts de l'intestin divisé, qui forme alors un canal continu, mais fortement coudé et ouvert à la partie antérieure. Le bout supérieur, c'est-à-dire celui qui est continu à l'estomac, est celui qui transmet au dehors les matières alimentaires. C'est lui qui remplit sur ce point les fonctions de l'anus. On pourrait donc en quelque sorte lui donner le nom d'*anus contre nature*, que l'on doit distinguer de l'anus artificiel, en ce que celui-ci est produit volontairement par l'art, pour remédier au défaut de l'anus naturel. Il est la seule voie par laquelle le malade puisse se débarrasser des excrémens, tandis que l'anus-contre nature est la suite d'une autre maladie, et peut être traité pour rétablir la continuité de l'appareil digestif.

Nous dirons, pour ne plus revenir sur l'anus artificiel, que le praticien, avant de l'établir, doit inciser longitudinalement la portion iliaque gauche du colon, porter le doigt, ou une sonde de gomme élastique dans la partie inférieure du canal intestinal; et si le rectum descendait jusqu'au coccyx, c'est là qu'il devrait ouvrir l'anus, qui remplirait peut-être parfaitement ses fonctions ordinaires. L'incision des parois abdominales et de l'intestin occasionnerait une fistule qui pourrait servir d'anus provisoire, en attendant que l'ouverture du rectum fût cicatrisée sur les tentes, qu'on y maintiendrait pour en prévenir le rétrécissement. Apres la cicatrice du rectum, la fistule pourrait guérir en peu de temps. Mais si le rectum manquait en partie ou en totalité, on couperait en travers le colon au-dessus de l'incision, et on le fixerait à la

plaie. Le sujet serait soumis pour toujours à une infirmité dégoûtante et incurable, mais inévitable. Les soins de propreté pourraient seuls en diminuer le dégoût.

Mécanisme de la guérison spontanée des Anus contre nature.

L'adhérence salutaire de l'intestin à la circonférence de l'ouverture des parois abdominales, étant le plus souvent la suite de l'inflammation qui a précédé la gangrène de cette partie de l'intestin, si on pouvait remplacer cette perte de substance, le diamètre de l'intestin serait rétabli dans son intégrité, et la fistule des parois de l'abdomen n'étant plus entretenue par le passage des matières fécales, ne tarderait pas à être cicatrisée.

Un moyen ingénieux que j'ai vu mettre en usage pour remplir cette indication a été le suivant. Le chirurgien incisa circulairement la peau à deux lignes de la membrane rouge qui bordait la fistule. Il la disséqua ensuite dans toute la circonférence, la renversa vers le centre de la fistule, et maintint en contact ces bords nouvellement divisés, au moyen de deux points de suture aidés de la position la plus favorable et d'un pansement convenable. Le second jour l'appareil était déjà pénétré de matières. Après l'avoir enlevé, on trouva que les fils des sutures avaient coupé les parties qu'ils devaient contenir. La portion de peau qui avait été renversée vers la fistule était revenue vers sa place, saillante, rouge, tuméfiée, excoriée. Ce moyen fut abandonné.

Le motif principal sans doute qui a fait manquer ce moyen a été que la peau se trouvait en rapport avec un corps irritant, dont le contact prolongé suffit seul pour l'enflammer, l'excorier, et même l'ulcérer.

Il faudrait remplacer cette perte de substance par une portion de même nature que celle qui manque, afin qu'elle pût la suppléer. Mais ce que l'art ne peut obtenir, la nature le procure quel-

quefois, par la tendance qu'ont toutes les divisions accidentelles à se rétrécir et à s'oblitérer. Le passage des matières nutritives par la fistule n'étant pas nécessaire, n'a lieu que parce que l'ouverture leur présente une issue lors de la contraction péristaltique de l'intestin. Cette ouverture, en se rétrécissant chaque jour, ramène les bords de l'intestin divisé de la circonférence vers le centre. Les matières qui s'échappent par l'ouverture abdominale deviennent de jour en jour moins abondantes; peu à peu les matières fluides seules peuvent y passer; bientôt les gaz seuls peuvent la traverser, et enfin une cicatrice entière adhérente à l'intestin remplace la fistule. Toutes les matières alimentaires parcourent la longueur des voies digestives, et le malade se trouve délivré de son incommodité.

Tel est le mécanisme de la guérison des anus contre nature ou plutôt des fistules stercoraires, dont les observations ont été publiées parmi les mémoires de l'académie de chirurgie. Depuis lors divers journaux en ont aussi rapporté des exemples. Mais si la perte de substance a été trop considérable pour que les matières puissent ainsi parcourir le canal intestinal, que, par exemple, la moitié ou les trois quarts de sa circonférence aient été détruits, la portion qui reste adhère, comme dans le cas précédent, au contour de la fistule par laquelle s'écoulent d'abord les matières de la digestion; si on tient alors le malade à un régime sévère, l'ouverture fistuleuse de l'abdomen se rétrécit, ramène vers le centre les bords de la division de l'intestin, et finit par s'oblitérer; mais la cavité de l'intestin dans cet endroit sera diminuée de la moitié ou des trois quarts, selon la perte de substance, et lorsque le malade reprendra son régime habituel, les matières de la digestion ne pouvant passer que peu à peu par ce détroit, deviennent trop abondantes pour cette portion rétrécie; elles s'accumulent au-dessus de ce point, irritent l'intestin, le distendent, et finiraient par le déchirer, ce qui occasionnerait un épanchement mortel dans l'abdomen. Si le malade avait avalé des noyaux de fruits, ou d'au-

tres corps anguleux et peu digestibles, on aurait encore plus à craindre une crevasse promptement mortelle.

Cet événement fâcheux est ordinairement précédé des symptômes suivans. Le malade éprouve du dégoût, des nausées, des envies de vomir, une douleur aiguë vers la cicatrice; mais cette douleur est bientôt effacée par une douleur atroce autour de l'ombilic. Le ventre est alors tendu, et ne peut supporter aucune pression; la chaleur devient âcre, la langue rouge, la soif tourmente le malade; bientôt les frissons, le vomissement, le hoquet, des sueurs froides, des convulsions, annoncent le plus grand danger. Le pouls, qui restait dur, devient concentré, les traits se décomposent; et le seul moyen, dans cette position extrême, de rétablir l'ordre et le calme dans l'économie, est de procurer l'évacuation des matières engouées.

Pour cela il faut établir un nouvel anus contre nature dans le lieu du rétrécissement de l'intestin. On commencera par détruire les adhérences qui unissent le tube alimentaire aux parois de l'abdomen; on attire au-dehors le canal intestinal, on coupe aux deux extrémités la portion qui forme le rétrécissement, on la fixe à la partie inférieure de la plaie jusqu'à ce que l'inflammation adhésive l'y ait fixée, et permette d'en faire l'ablation sans aucun danger pour le malade. Les deux orifices du tube digestif sont alors fixés à la plaie, et l'on obtient un anus contre nature, que l'on doit traiter de la même manière que celui qui résulte, soit d'une plaie en travers de l'intestin, soit de la gangrène d'une anse intestinale.

Dans cette circonstance, l'angle formé par l'adossement des deux parois de l'intestin, le rétrécissement toujours croissant de la portion inférieure, et l'ouverture extérieure qui offre aux matières alimentaires une issue facile, sont de puissans obstacles à la guérison. Cependant la nature, inépuisable dans ses bienfaits, a plus d'une fois surmonté ces obstacles, et, par ces cures merveilleuses, a rendu à la société des sujets qui paraissaient condamnés à une mort inévitable. Cependant que le praticien ne soit point aveuglé

par ce triomphe de la nature, dont les succès sont trop inconstans. Ses ressources cachées doivent inspirer au médecin une juste confiance, pour qu'il ne la dérange pas dans sa marche, lorsqu'elle n'a pas besoin de secours; et si ses efforts sont impuissans, il doit l'aider de tous ses moyens. Mais pour cela il faut connaître la marche qu'elle suit avant d'arriver à son but. Je vais essayer de tirer le voile mystérieux qu'elle jette sur ses opérations, en m'appuyant sur les résultats d'anatomie pathologique.

Comme ordinairement l'intestin se présente aux ouvertures, où il s'engage par sa face antérieure, c'est-à-dire libre, les deux feuillets du mésentère viennent se réunir au point opposé, c'est-à-dire à la face postérieure. Si une anse complète se forme, le mésentère sera placé entre les deux portions d'intestin : la contractilité de tissu du mésentère agit donc sur la face postérieure de cet intestin, et son action a d'autant plus d'effet, que, dans ce point, les deux orifices du canal intestinal n'ont contracté des adhérences qu'entre eux; ils peuvent céder plus facilement et se rapprocher du point d'attache de cette membrane. Leur direction se rapproche donc de la ligne droite en proportion de l'agrandissement de l'angle. Ces ouvertures sont d'ailleurs dilatées par cette traction sur la face postérieure, pendant que l'antérieure est fixée. Les contractions péristaltiques rapprochent encore plus l'intestin de sa direction naturelle, et les matières sortant de l'orifice supérieur se trouvent dans un espace circonscrit par trois ouvertures, celle de l'abdomen antérieurement, et les deux orifices de l'intestin postérieurement; de sorte qu'après leur sortie de la portion supérieure, elles passent par l'ouverture de l'abdomen tant qu'elle est assez grande pour permettre leur issue sans difficulté; mais, lorsque son rétrécissement en arrête le cours, ou qu'un moyen mécanique les empêche de sortir par là, il ne leur reste que l'orifice inférieur, qui d'abord leur livre difficilement passage, à cause de sa contraction; mais bientôt il reprend ses fonctions, se dilate, et reçoit avec facilité les matières qui s'écoulent de l'orifice fécal : c'est alors surtout que les

contractions péristaltiques font exécuter à l'intestin divers mouvemens dans l'abdomen. Ces efforts, presque continuellement répétés à cette époque, se passent sur la portion d'intestin adhérente, qui serait déplacée sans cela, et tendent à la ramener dans l'abdomen : elle y rentre en effet peu à peu, entraînant avec elle cette portion de membrane rouge que la nature a organisée autour de la fistule, de telle manière qu'elle puisse supporter le contact des matières qui s'en écoulent. Cette organisation nouvelle n'avait pas échappé à l'observation du divin vieillard, qui s'était exprimé en ces termes : *Natura enim idonea est, quæ per foramina facultatem viamque ad id quod convenit apta præbeat.* A mesure que cette membrane cède, l'angle de réunion des deux portions d'intestin s'efface, les deux orifices deviennent presque bout à bout, et les matières passent presque directement du bout supérieur dans l'inférieur. A la place de l'ouverture de l'abdomen se forme une cicatrice, tapissée à l'intérieur de cette membrane rouge : cette cicatrice complète le diamètre du canal intestinal, qui reste cependant toujours coudé et rétréci dans ce point; il offre aussi plus de dureté que dans le reste de son étendue. Lors du passage des matières dans ce point, le malade éprouve quelquefois des douleurs horribles; et s'il vient à s'écarter du régime sévère qu'il est obligé de suivre, on voit se déclarer tous les symptômes de l'iléus que nous voyons désignés, dans quelques mémoires de l'académie de chirurgie, sous le nom de *coliques d'indigestion.* On ne peut les faire cesser qu'en rouvrant la cicatrice et l'intestin pour donner issue aux matières; mais cela ne suffit pas. On doit se comporter, comme je l'ai indiqué page 12, afin de pouvoir plus tard appliquer le traitement curatif.

Renversement de l'intestin.

Assez souvent le renversement de l'intestin vient compliquer l'anus contre nature. Il peut se présenter en même temps aux deux bouts de l'intestin lésé, de sorte que l'ouverture abdominale pré-

sente deux tumeurs rougeâtres conoïdes, plus ou moins volumineuses. Celle qui correspond à la portion inférieure ou anale est ordinairement la plus petite, et donne issue, par son sommet, à une petite quantité de mucosité épaissie, blanchâtre : mais la tumeur de la portion duodénale est ordinairement plus considérable, et présente quelquefois une longueur d'un pied, et même plus, selon la portion d'intestin qui se renverse, et donne issue, par son sommet, aux alimens à demi digérés. On y observe un mouvement péristaltique analogue à celui des intestins, et on le rend plus sensible par l'application de quelques poudres irritantes.

Cette partie est susceptible de s'enflammer, et si, dans cet état, elle contractait des adhérences, elle deviendrait irréductible : la guérison de l'anus accidentel serait alors impossible. Il importe donc de ne pas laisser former ce renversement, et, lorsqu'il existe, de le détruire et de faire rentrer l'intestin dans l'abdomen. Lorsqu'il est récent et peu volumineux, l'application des répercussifs, l'eau froide seule, est quelquefois suffisante pour le faire rentrer. Si sa diminution était trop lente, on pourrait la faciliter en introduisant l'index dans l'ouverture du sommet, pour repousser dans l'abdomen, d'abord la portion qui est sortie la dernière, et la faire suivre de celle qui l'a précédée, jusqu'à l'entière disparition du renversement.

Cependant ce moyen n'aurait pas été applicable dans le cas suivant. Une dame de trente-huit ans portait depuis deux années un anus contre nature, à la suite d'une hernie crurale étranglée et opérée trop tard. Les matières coulaient involontairement, et incommodaient singulièrement la malade, qui s'habitua à porter dans l'anus contre nature un tuyau de fer-blanc qu'elle n'enlevait jamais, et auquel s'adaptaient des caisses de même métal qu'elle changeait à volonté. L'invagination parcourut la longueur de ce tuyau, et proéminait de plusieurs pouces au-delà, lorsque la douleur obligea la malade à ôter la boîte; bientôt tous les phénomènes de l'étranglement se déclarèrent. Des vomissemens bi-

lieux, le hoquet, des convulsions, la dureté du pouls, indiquaient qu'il était urgent de fairer cesser ce renversement. Quelques ablutions avec l'eau froide, l'application de quelques compresses trempées dans l'eau vinaigrée, et la constriction qu'on exerçait en les appliquant, suffirent pour rétablir les choses dans leur état naturel.

Dans les renversemens anciens, *Desault* avait expérimenté que la compression circulaire, au moyen d'une simple bande, était un moyen très-efficace et sans danger.

Effets des Anus contre nature.

Si le seul effet des anus contre nature était de produire une incommodité dégoûtante, les malades résolus à supporter cette infirmité, pourraient, avec quelques soins de propreté, jouir de tous les avantages de la vie. Mais il n'en est pas toujours ainsi; l'on voit quelquefois les malades éprouver presque continuellement le besoin de manger; et, quoiqu'on leur permette de satisfaire cette voracité, ils profitent si peu de leurs alimens, qu'ils tombent dans le marasme le plus affreux, et deviennent, par l'odeur désagréable qui les environne et les ulcérations qui se forment autour de la plaie, un objet de dégoût pour ceux qui les soignent, et quelquefois d'horreur pour eux-mêmes; et si, dans cet état d'inanition, ils sont encore épuisés par les souffrances, ils invoquent la mort qui ne tarde pas à terminer cette douloureuse existence.

Il est vrai que d'autres personnes moins malheureuses, affectées de cette maladie, la supportent sans que leur santé en paraisse altérée. Cette différence dans les effets d'une même maladie doit paraître d'abord bien extraordinaire; mais elle dépend du point où l'intestin a été blessé, et elle n'aura plus rien d'étonnant, si nous jetons un coup-d'œil, quoique rapide, sur la digestion.

Nous voyons en effet que les alimens sont broyés dans la bouche par l'action des dents, pendant que la salive les pénètre de toute part, et leur fait éprouver un commencement d'animalisation.

Lorsqu'ils ont été ramollis et réduits en pâte grossière, ils sont avalés. Ils s'imprègnent alors des sucs lubrifians du pharynx et de l'œsophage, dont la contraction successive les porte dans l'estomac. Ce viscère s'applique sur eux en exécutant des contractions douces et réglées ; il sécrète par sa surface muqueuse une grande quantité de fluide ou suc gastrique qui les pénètre, et favorise leur transmutation en une substance homogène, visqueuse, enfin en chyme. Comme cette chymification se fait de la circonférence au centre, les contractions de l'estomac favorisent le passage des matières chymifiées dans le duodénum, en sorte qu'aussitôt qu'une portion a été chymifiée, une nouvelle surface des alimens se trouve en contact avec les parois de l'estomac. Ce chyme arrivé dans le duodénum le parcourt avec difficulté à cause de ses courbures, et reste par-conséquent plus long-temps exposé à l'action des fluides biliaire et pancréatique. Après ce mélange avec ces sucs glandulaires, le chyme a été transformé en chyle, qui est encore un mélange des matières non assimilables avec le vrai chyle, que les anciens croyaient de même nature dans tous les cas, et désignaient par le mot *alimentum* ou le *quod nutrit*. C'est dans ce sens qu'*Hippocrate* a dit : *Multæ sunt alimenti species, unum est alimentum.*

Ce chyle, source de la vie, commence à être absorbé dès le duodénum par quelques vaisseaux chylifères ; mais il l'est bien plus abondamment lorsque la masse chyleuse est parvenue dans le jéjunum : elle se trouve successivement en contact avec les nombreuses valvules conniventes qui augmentent l'étendue de la surface interne de l'intestin, et font qu'il en peut naître un plus grand nombre de bouches absorbantes propres à se charger de chyle. Cette masse chyleuse est ainsi dépouillée dans sa marche du fluide conservateur; et, lorsqu'elle est arrivée à l'iléum ou vers la portion inférieure de l'intestin grêle, la portion nutritive qui reste est peu abondante : aussi les vaisseaux chylifères de cette partie sont-ils peu nombreux.

Cependant la surface interne de l'intestin grêle exhale un fluide

propre à délayer ces matières et à les rendre assimilables à notre substance. La partie excrémentitielle est également pénétrée de ces fluides, mais la nature n'a fait que les lui prêter; l'économie en a encore besoin, et les reprend lorsque ce résidu de la digestion arrive dans le gros intestin, où il séjourne assez long-temps avant d'en avoir parcouru la longueur.

Les vaisseaux chylifères apportent le suc dont ils sont chargés dans les ganglions du mésentère, où il est mélangé avec la lymphe, qui est déjà un fluide vivant. Il parcourt ensuite avec elle le canal thoracique, qui vient le verser dans la veine sous-clavière gauche, où il se mêle au sang: fluide qui sert à former et réparer toutes les parties de notre corps, et qui mérite si bien le nom de chair coulante que lui a donné *Bordeu*. Le chyle n'arrive qu'en très-petite quantité à la fois dans la masse du sang; il est presque aussitôt confondu et combiné avec lui.

D'après ce court aperçu de la digestion, on concevra aisément que, si l'anus accidentel se trouve à la partie supérieure de l'intestin grêle, les matières qui s'en écoulent sont encore riches de suc réparateur; et c'est une perte précieuse qu'on ne répare pas toujours, même en mangeant beaucoup ou plus souvent. Si, au contraire, le siége de l'anus contre nature est vers la portion inférieure de l'intestin grêle, les matières qui s'en échappent sont presque entièrement excrémentitielles: elles ont été dépouillées dans leur marche de la partie nutritive par les absorbans chylifères. Par conséquent, plus la lésion de l'intestin se rapproche de l'estomac, plus les matières qui s'en écoulent sont chargées de parties assimilables; c'est-à-dire, que le travail de la digestion peut vitaliser et changer en notre propre substance. Ces matières, entraînant avec elles les élémens réparateurs de notre organisation, emportent aussi la santé et la vie du sujet. Ce n'est plus le résidu des alimens que l'on rejette, c'est l'aliment préparé par la digestion qui est perdu pour l'économie.

Traitement des Anus contre nature.

Tous les auteurs, jusqu'à *Desault*, se sont tenus à un traitement palliatif, qui se borne aux soins de propreté, afin d'empêcher que le contact des matières alimentaires ne produise sur la peau des excoriations douloureuses. Même M. *Scarpa*, dans son excellent ouvrage sur les hernies, recommande de ne jamais déranger dans ces cas le travail de la nature. Il se livre à une très-belle théorie sur la guérison spontanée des anus accidentels à la suite des hernies étranglées; mais il en excepte ceux qui résultent d'une blessure de l'abdomen qui aurait atteint l'intestin; d'après cette théorie, ceux-ci doivent être absolument incurables. Il regarde le col du sac herniaire comme l'agent de transmission des matières alimentaires du bout supérieur dans l'inférieur, et déclare que dans toute lésion où l'ouverture de l'intestin n'adhère pas avec le sac herniaire, la maladie est incurable. Non-seulement, il ne fait rien pour la guérir, il va même jusqu'à blâmer ceux qui oseraient tenter quelque chose en faveur de ces malheureux.

Il est vrai que, si les matières parcourent presque toute la longueur de l'intestin grêle, la nutrition peut avoir lieu, puisque la grande partie du chyle a été absorbée, et les fonctions s'exécutent presque comme dans la parfaite intégrité du tube digestif. Mais si une blessure vient à couper en travers la portion supérieure de l'intestin grêle, continuerons-nous à rester paisibles spectateurs du travail de la nature? et verrons-nous impitoyablement cette lésion entraîner chaque jour le malade au tombeau sans nous opposer à sa marche? Il faudrait que cette douce philanthropie qui nous fait compatir aux maux dont nous sommes témoins, et nous inspire le désir d'y porter remède, fût effacée de notre cœur. Mais cette bienveillance anime encore plus particulièrement celui qui se dévoue au soulagement de ses semblables.

Homo sum, et nihil humani à me alienum puto.

Je laisserai donc agir la nature, mais quand ses effets tendront vers le bien. Elle nous fait voir que le traitement consiste à rétablir la continuité de l'appareil digestif : par conséquent les moyens qui procurent le passage des matières du bout supérieur dans l'inférieur sont ceux qui doivent être les plus avantageux.

Desault se contentait de refouler dans l'abdomen avec un tampon de charpie, qui empêchait en même temps les matières de s'écouler au-dehors, cette double cloison formée par la réunion des deux parois de l'intestin, en sorte qu'il leur était plus difficile de sortir par l'ouverture extérieure que de passer dans la portion inférieure des voies digestives. En effet, elles y prenaient leur cours; mais l'intestin devait éprouver d'abord un tiraillement excessif, et lorsque la double cloison s'avançait jusque dans la plaie, ce refoulement ne devait pas être sans danger.

Une tradition orale nous apprend qu'un chirurgien de Philadelphie, au lieu de refouler cette cloison, l'a coupée de dedans en dehors avec un fil, qui, introduit dans un des bouts de l'intestin, le perçait de dedans en dehors, perçait ensuite le bout voisin dans le point correspondant de dehors en dedans, et venait sortir par l'autre orifice de l'intestin. Ses deux extrémités étaient alors nouées ensemble au dehors, en sorte qu'elles formaient une anse qui embrassait les deux bouts de l'intestin, et les retenait juxtaposés par un seul point de leur circonférence; en sorte que l'irritation produite par la présence du fil déterminait peu à peu l'inflammation et l'adhésion des deux bouts de l'intestin dans la partie de leur circonférence qui se trouvait en contact, en même temps que la pression constante que l'anse exerçait sur cette portion en déterminait peu à peu la section, de la même manière que le fil de plomb que l'on employait pour l'opération de la fistule à l'anus.

On peut voir chez Le Sueur un instrument nouveau pour procurer le passage facile des alimens du bout supérieur de l'intestin dans l'inférieur. C'est une pièce d'acier trempé, qui presse en

même temps sur tous les points qui doivent être coupés. Cette pince se compose de deux pièces principales de cinq à six pouces de longueur, qui se réunissent à volonté par le milieu comme le forceps. Le mors de la branche mâle présente une cannelure dans toute sa longueur ; celui de la branche femelle est assez mince pour être reçu aisément dans la cannelure, et présente des saillies arrondies d'un demi-pouce de long, qui lui donnent assez bien l'aspect d'une scie. Lorsque ces deux branches ont été portées séparément dans les deux bouts de l'intestin et réunies par le milieu, où elles se croisent, on rapproche les mors au moyen d'une vis, qui, traversant la branche mâle à son extrémité, vient s'engager dans la branche femelle. Les parois des deux intestins comprises entre les deux mors sont ainsi rapprochées, serrées et enfoncées dans la cannelure de la branche mâle par le mors de la branche femelle qui vient s'engager dans la cannelure. Cette pression continue affaisse les vaisseaux, et la nutrition ne peut plus y avoir lieu. L'inflammation se déclare promptement auprès de ce point, et les parties comprimées tombent en gangrène par défaut de sucs nutritifs. Mais l'inflammation a déjà réuni les deux bouts de l'intestin ; et lorsque la partie gangrénée se détache avec la pince, la cavité des deux bouts se trouve réunie en une seule dans l'espace de trois pouces. Les matières arrivent alors du bout supérieur dans cette cavité et passent dans le bout inférieur. La cavité de l'intestin forme alors un tube continu, ayant une ouverture qui communique à l'extérieur. L'anus contre nature a été changé en fistule stercoraire.

Cette plaie extérieure devient alors inutile, puisque les matières peuvent passer du bout supérieur dans l'inférieur. Elle se rétrécit, mais ne s'oblitère que très-difficilement. J'ai vu employer inutilement, pour en obtenir la cicatrisation, la compression, les poudres absorbantes. Le chirurgien irrita avec la pointe d'un bistouri, et rendit saignant tout le contour de l'ouverture ; il a ensuite maintenu ses deux bords en contact au moyen d'une pince particulière sans

plus de succès. Il a alors employé le cautère actuel pour désorganiser la membrane muqueuse qui bordait cette ouverture ; les parties étaient maintenues en contact, aussi bien que pouvaient le permettre les mouvemens occasionnés par la respiration. Ce moyen douloureux ne fut pas plus efficace que les autres. Les bords de l'ouverture étaient en suppuration ; il employa alors deux points de suture qui comprenaient toute l'épaisseur des parois abdominales. Le malade avait la plus grande confiance dans les lumières de l'opérateur ; le désir de la guérison le faisait résister courageusement à toutes ces épreuves ; il suivait le régime sévère qui lui était prescrit, et conservait sans bouger une position avantageuse à la guérison. Malgré ces moyens énergiques il ne put obtenir sa guérison complète ; et les autres malades que j'ai vus n'ont pas été plus heureux.

Je me suis alors demandé quelles étaient les causes qui entretenaient si opiniâtrément cette ouverture inutile. J'ai cru que l'ampleur et la faiblesse relative de cette portion du canal alimentaire qui réunit les deux cavités en une seule devaient en être les principales. En effet, nous voyons dans toute la longueur de l'appareil de la digestion les matières marcher, non par leur propre poids, mais par le mouvement péristaltique de l'intestin, qui se contracte de haut en bas avec une force donnée sur une petite portion de la masse alimentaire. Or, dans ce point, la capacité du tube digestif est à peu près doublée, puisque l'action de la pince n'enlève guère qu'une ligne de sa circonférence. Sa force contractile reste la même ; et de plus elle est entravée par l'adhérence de ce point aux parois abdominales, en sorte qu'il s'y forme un amas de matières qui n'en sont chassées qu'avec peine. C'est une sorte de cloaque, dans lequel les matières s'accumulent et séjournent trop long-temps. Elles communiquent avec la fistule abdominale qui s'abouche dans ce cloaque, et l'empêchent de se cicatriser. Il faudrait donc augmenter, en proportion de l'étendue de ce cloaque, la contractilité de ses parois ; ce qui est physiquement

impossible. Mais on parviendra à peu près au même résultat en diminuant son étendue.

Si en même temps on pouvait empêcher les matières de se présenter à la fistule et rendre à l'intestin la liberté des mouvemens ondulatoires, qui sont gênés par l'adhérence de l'intestin aux parois abdominales, on aurait satisfait, je crois, aux trois indications principales. L'instrument suivant m'a paru les remplir toutes les trois ensemble. Des mors semblables à ceux de la pince à pansement porteraient à leur extrémité deux anneaux ovales de dix-huit lignes de long sur neuf au plus de large, selon l'étendue de la fistule abdominale. Ces anneaux présenteraient à leur face correspondante, l'un une cannelure ovale profonde, et l'autre un bord saillant et mousse, qui toucherait le fond de la cannelure, lorsque les deux mors laisseraient encore entre eux, depuis les anneaux jusqu'à la fistule, un intervalle de trois lignes, pour recevoir la double cloison, qui resterait intacte dans toute cette longueur. Ces mors se réuniraient en dehors en se croisant, comme les branches du forceps, afin qu'on pût les introduire séparément, et se termineraient par des branches de trois pouces de long, qui donneraient la mesure du rapprochement des anneaux. Une vis, qui traverserait une des branches avec facilité et viendrait se visser dans l'ouverture juste de la branche opposée, serait un moyen très-convenable pour les rapprocher. La durée de cette application est ordinairement de huit à neuf jours. Après cette époque, l'étendue des mouvemens qu'elle exécute et le passage des matières fécales du bout supérieur dans l'inférieur, annoncé par des coliques, et quelquefois par le dévoiement, annoncent que la pince emporte-pièce est libre, et peut être retirée en toute sûreté. Elle apportera en sortant une portion de la double cloison égale à l'étendue des anneaux. Les matières passeront par cette perte de substance du bout supérieur dans l'inférieur, et les deux portions d'intestin comprises entre cette ouverture et la fistule, étant sans action, se rétréciront, comme cela arrive dans tous les cas, et l'intestin aura

repris sa forme à peu près naturelle, en laissant inutile cette portion, qui n'empêchera plus ses mouvemens ondulatoires, et dont la perte sera insensible sur l'économie. Les fonctions n'en sont nullement dérangées.

Dans les deux ou trois premiers jours de l'application de la pince, le malade sera soumis à un régime sévère ; mais s'il ne survient aucun accident fâcheux, on se relâchera un peu ; on pourra même accorder des alimens solides.

Dans les anciens anus contre nature, le bout inférieur de l'intestin est si rétréci, que la pince emporte-pièce ne paraît pas applicable ; mais on ne doit l'employer qu'après avoir habitué l'intestin à remplir ses fonctions. L'inaction avait occasionné ce rétrécissement, l'exercice de cette partie le fera disparaître. On commencera par introduire dans sa cavité une sonde de gomme élastique, dont le volume toujours croissant augmenterait sa sécrétion muqueuse, par conséquent favoriserait sa nutrition en même temps que sa dilatation. A la fin on emploierait une sonde creuse et courbe, dont une des extrémités s'adapterait exactement au bout supérieur de l'intestin, et l'autre extrémité servirait à dilater le bout inférieur, y transmettrait les matières alimentaires et commencerait à lui faire remplir ses fonctions. C'est alors le cas d'employer la pince emporte-pièce. La fistule abdominale, dilatée par ces moyens, ne tarde pas à se rétrécir, et, après l'application de la pince, finit par s'oblitérer.

En choisissant pour ma thèse un sujet que mes collègues n'avaient pas encore osé entreprendre, je n'ai point eu la prétention de le porter à son dernier degré de perfection ; mais si je peux éveiller sur le traitement de cette maladie l'attention des vrais praticiens, qui pourront employer ou perfectionner le moyen que je propose, le bien de l'humanité et le soulagement des malheureux seront ma plus douce récompense.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*Edente* PARISET).

I.

Ad extremos morbos extrema remedia exquisitè optima. *Ibid.*, *aph.* 6.

II.

Impura corpora quò magis nutriveris, eò magis lædes. *Sect.* 2, *aph.* 10.

III.

Vulneri convulsio superveniens, lethale. *Sect.* 6, *aph.* 2.

IV.

Cui persecta est vesica, aut cerebrum, aut cor, aut septum transversum, aut aliquod ex intestinis tenuibus, aut ventriculus, aut hepar, lethale. *Sect.* 7, *aph.* 18.

V.

Si ex intestinis tenuibus aliquod dissectum fuerit, non coalescit. *Ibid.*, *aph.* 24.

FIGURE A.

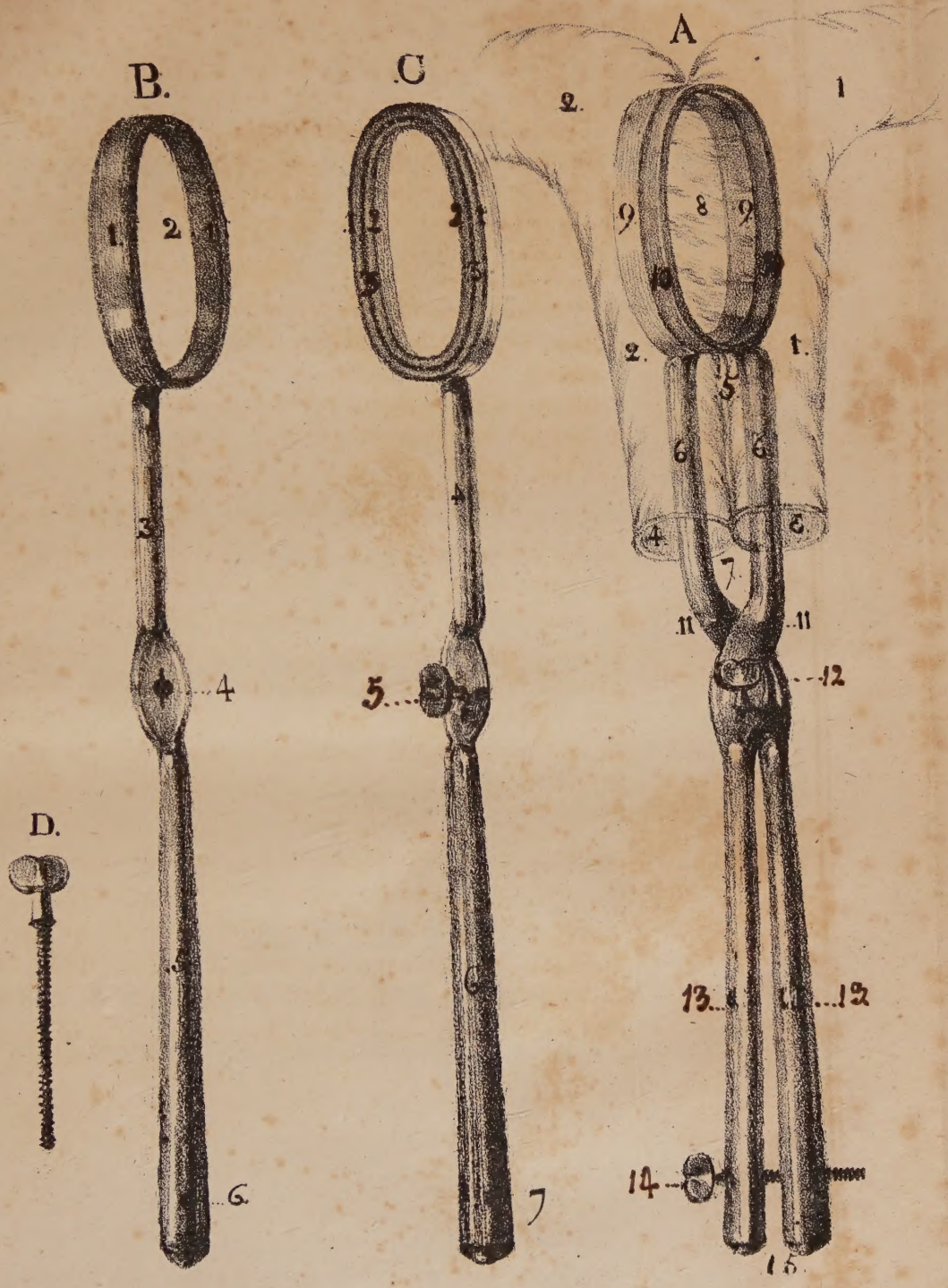
1. 1. Portion supérieure ou duodénale de l'intestin.
2. 2. Portion inférieure ou anale de l'intestin.
3. Orifice de la portion supérieure.
4. Orifice de la portion inférieure.
5. Les deux intestins juxta-posés.
6. 6. Portion droite des mors.
7. Écartement de trois lignes dans toute leur longueur.
8. La double cloison pincée entre les deux anneaux.
9. 9. Anneau cannelé.
10. 10. Anneau saillant enfoncé de deux lignes dans la cannelure.
11. 11. Entre-croisement des branches.
12. Clef.
13. Branches de l'instrument.
14. Vis de rapprochement.
15. Écartement des branches.

FIGURE B.

1. Anneau large de quatre lignes.
2. Plus grande largeur de l'ovale, neuf lignes.
3. Portion droite du mors.
4. Mortaise pour recevoir la clef.
5. Branche de l'instrument.
6. Ouverture pour la vis de rapprochement.

FIGURE C.

1. 1. Lèvre externe de l'ovale.
2. 2. Lèvre interne de l'ovale.
3. 3. Cannelure profonde de trois lignes.
4. Portion droite du mors.
5. Clef qui tient les deux pièces fixées.
6. Branche de l'instrument.
7. Ouverture large pour le passage de la vis.


A
B.
C
D.
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15